№ 10. Wien, Freitag den 8. März 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische

Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. v. Patruban.

Mittheilungen aus der pathologisch-anatomischen Anstalt in Krakau.

Von Prof. ***Heschl.***

3. Ueber die Textur der Leber.

Bekanntlich hat Beale den Nachweis geführt, dass im Foetus die Netze der Leberzellen noch von einer Substanz umschlossen werden, die dann später so unkennbar mit den Gefässen verschmilzt, dass sie nicht mehr demonstrirt werden könne. Wenn nun auch Kölliker (Gewebelehre 3. Auflage S. 441) den sonderbaren Schluss zieht, dass dieselbe später so gut als nicht mehr existire, weil sie nicht demonstrirt werden könne, so will ich doch, bevor ich einiges über die Leberkrankheiten mittheile, die Resultate von Untersuchungen vorausschicken, welche ich gelegentlich über die Lebertextur vornahm, und über deren Hauptpuncte ich schon vor 8 Jahren im Reinen war.

Es sind nämlich an den Netzen der Leberzellen nicht bloss Spuren von Umhüllungen vorhanden (Kölliker, l. c. S. 52*) sondern es lässt sich an jeder menschlichen Leber ein die Leberzellen dicht umschliessendes Röhrennetz erkennen und ohne Mühe nachweisen, welches aus structurloser Bindesubstanz gebildet, aus dem den Leberacinus umgebenden Zellgewebe entspringt, die Gefässe in das Innere des Acinus trägt und sich nach innen an den Zellstoff der Vena intralobularis heftet.

Macht man, z. B. mittelst eines Doppelmessers feine Durchschnitte der Leber, die man etwas abspült und dann sorgfältig ausbreitet, so hat man keine Schwierigkeit, in mehreren nebeneinander liegenden Acinis alle Verhältnisse dieser Substanz aufzufinden. Man sieht zunächst die Begränzung der Acini durch faseriges, die Gefässe und Gallenwege enthaltendes Zellgewebe, sodann die Acini der Leber und in diesen eine verschiedene Anordnung der Leberzellen; schliesslich den Durchschnitt der Vena intralobularis als einen kleineren oder grösseren Kreis, oder im Längenprofil.

*) Ich muss zur Figur 17 die Bemerkung machen, das die Lücken zwischen den Zellen nicht, wie Kölliker meint, grössere Gefässräume, sondern Stellen sind, aus denen eine Leberzelle herausgefallen ist. Siehe unten.

Die Leberzellen ordnen sich einzeln oder zu zweien nebeneinander, in gekrümmte oder wirklich gebogene Reihen; die letzteren laufen radiär — der Hauptsache nach — gegen die Vena intralobularis zu und verbinden sich während dieses Verlaufes durch Queräste, so dass dadurch Netze entstehen. Die Anordnung der Leberzellen in diesen Netzen ist aber verschieden, je nachdem die Maschen senkrecht auf die Längenaxe der Vena intralobularis stehen oder mit diesen parallel sind.

Senkrecht auf die Lebervene bildet das aus den Leberzellen zusammengesetzte Netz langgestreckte Maschen, indem stets 3—4 Zellen der Länge nach aneinanderstossen und die Verbindung mit der Nachbarreihe durch Vermittlung nur einer oder zweier Zellen zu Stande kommt. In dem Raume der Masche selbst liegen wieder andere Zellen, die sich ihrerseits wieder auf ähnliche Weise verbinden, so also, dass jede Reihe von Leberzellen sich nicht mit der unmittelbar daranstossenden sondern erst mit der dritten Reihe direct verbindet. Die Maschen sind zugleich um so weiter, je peripherischer die Stelle liegt, während, gegen die Vena intralobularis zu, die Maschen enger werden und auch Verbindungen von Nachbarreihen vorkommen. Parallel mit der Vena intralobularis ist dagegen das Netzwerk aus Maschen gebildet, die in allen Richtungen ungefähr gleich weit sind, so dass, beiläufig nach 2—3 Zellen, jede Reihe sich mit der dritten verbindet, und die in der Masche enthaltenen Zellen sich eben so verhalten.

Diese Art der Verbindung zu Netzen, deren Maschenräume wieder mit den gleichen Zellen erfüllt sind, ist gewiss sehr eigenthümlich.

Schon bei dieser Betrachtung erkennt man, wie zwischen den Zellenreihen eine helle Substanz auftritt, welche die länglichen Kerne der Capillaren enthält. Hat man sich im Präparate durch diese erste Betrachtung über die Lagerung der gröberen Elemente der Leber orientirt, insbesondere Peripherie und Centrum eines oder mehrerer Acini erkannt, so pinsele man jenes zwar vorsichtig aber so vollständig als möglich aus, was sehr vorzüglich dann gelingt, wenn man die Leber oder das Präparat ein paar Tage in Wasser maceriren liess.

Nun wird der ausgepinselte Schnitt sorgfältig ausgebreitet, man überzeugt sich, dass die gelbliche Farbe desselben verschwunden ist und der Schnitt weisslich aussieht.

Die Leberzellen sind entfernt bis auf einige wenige, und es ist eine durchsichtige, fein gestreifte, oder ganz structurlose Substanz übrig, die folgendermassen angeordnet ist.

Senkrecht gegen die Vena intralobularis liegen in gegenseitiger continuirlicher Verbindung durchsichtige oder leicht gefaserte Streifen innerhalb doppelter Contouren, welche je zwei nebeneinanderliegenden Streifen gemeinschaftlich sind. Die Breite der Streifen ist die des Querdurchmessers einer grösseren oder zweier kleineren Leberzellen bei 0.018''' — ihre Contouren sind wie gesagt doppelt, bei 0.002''' dick; es besitzt die Substanz zwischen den beiden Linien eine gelbliche Farbe und ist etwas minder durchsichtig als die Substanz der Streifen selbst.

Stellenweise liegen zwischen den Contouren auf den hellen Streifen einzelne zerstreute Leberzellen, und man kann bei sorgfältiger Betrachtung des Präparates erkennen, dass die helle, feinfarbige Substanz sowohl über als unterhalb der Zellen weggeht, also diese geradezu umschliesst. Am deutlichsten wird dies an Stellen, die schief auf eine der beiden vorhin genannten Richtungen geschnitten sind, wo man sehr oft den Schnittrand der hellen Substanz über den Körper einer Zelle weggehen sieht, und als feine Linie erkennt.

An Schnitttheilen, die parallel mit der Vena intralobularis, doch nicht in ihrer Ebene liegen, findet sich ein Maschenwerk aus etwas faseriger, gegen 0.0016—0.002''' breiten, (ungefähr jenen Contouren gleichen) Fäden, mit Zwischenräumen von der Grösse der Leberzellen, in denen man hie und da noch eine Leberzelle finden kann. Die Maschenräume sind im ganzen polygonal mit abgerundeten Ecken oder hie und da mehr rundlich; übrigens aber mehr oder minder langgestreckt oval bei schiefen Schnitten, wo sie dann auch unmittelbar in jene hellen Streifen und ihre doppelten Contouren übergehen und wieder mit einem solchen Oval nach längerem oder kürzerem Verlaufe enden.

Aus der Vergleichung dieser Bilder ergibt sich also, dass die Substanz des Acinus von einem Röhrenwerk durchsetzt wird, welches die Leberzellen einschliesst. Hat man einmal diese Ueberzeugung gewonnen, so wird man auch ohne Umstand und Schwierigkeit die übrigen Verhältnisse erkennen.

Sehr leicht ist es, die Verzweigungen dieser Röhrchen, deren Wände wabenähnlich stets den benachbarten gemeinschaftlich sind, und die ein wahres Stroma der Leber bilden, zu finden, die dabei nicht an Durchmesser abnehmen, sondern gleichweit bleiben; man braucht nur die doppelten Contouren zu verfolgen um die mannigfachen Verbindungen der von ihnen begränzten Röhrchen zu sehen; man überzeugt sich hiebei auch, dass das Maschenwerk ganz so angeordnet ist, wie die Netze der Leberzellen selbst; und so ist z. B. die Fig. 17 Köllikers in dem obenangeführten Werke von der Peripherie eines Acinus aus einem mit der Vena intralobularis parallelen Schnitte genommen.

Was ferner den Ursprung und Ansatz der Wände jener Leberröhrchen betrifft, so ist es an solchen ausgepinselten Schnitten gleichfalls nicht schwierig, beides zu sehen. Sie entspringen mit ziemlich breiten, theils — auf den Schnitten — strang- theils plattenförmigen Wurzeln, die meist deutlich faserig sind und unmittelbar in den faserigen Zellstoff, welcher den Acinus umgibt, verlaufen; und ebenso setzt sich dasselbe nach innen an den Zellstoff der Vena intralobularis. In manchen dieser Ursprungs- und Ansatzbalken sieht man wechselweise geordnete längliche Kerne und oftmals auch direct den Ursprung der durch diese bezeichneten Capillaren aus einem grösseren Gefässchen, das im faserigen Zellstoffe liegt, so wie nach innen den Uebergang in die Vena intralobularis.

An den Röhrenwänden kann man gleichfalls vielfach jene länglichen, für Capillare charakteristischen Kerne liegen sehen, nach starkem Auspinseln aber in auffallend geringerer Zahl.

Um die Natur dieser Substanz, welche die Wände der bezeichneten Röhrchen bildet, näher zu bestimmen, behandelt man sie mit Reagentien.

Durch Essigsäure quillt sie auf das 3—4fache auf — wodurch sich die Maschenräume verengen, sie wird sehr hell und die Contouren sind nur schwierig zu erkennen. Dagegen treten die Kerne der Capillaren hervor und eine, übrigens sehr geringe Zahl von äusserst feinen spindelförmigen Elementen mit kurzen Fortsätzen. Alkalien machen die Substanz der Röhrchen ganz durchsichtig; auch werden hie und da feine Fädchen sichtbar. Jod färbt sie intensiv gelb. Hieraus, zusammengehalten mit dem mikroskopischen Verhalten ergibt sich, dass die Substanz dem Bindegewebe angehört, welches somit, wie allerwärts, auch in der Leber die Trägerin der specifischen Drüsenelemente ist.

Es bleibt schliesslich noch das Verhältniss der Gallenwege zu den die Leberzellen enthaltenden Röhrchen zu erörtern übrig.

Sowohl die Betrachtung ganz normaler Lebern, so wie die Untersuchung erkrankter führen zu dem Schlusse, dass ein directer Zusammenhang zwischen den kleinsten Gallenwegen und den Leberröhrchen nicht existirt.

Die Wände der Leberröhrchen entspringen, wie schon erwähnt, vom intralobulären Zellstoff, der Fortsetzung der sogenannten Capsula Glissoni. Zwischen je zwei Wurzeln findet sich eine Parthie von 2—3 Leberzellen eingeschaltet, die gegen die Mitte des Acinus hin sich mit anderen Zellen zum Netz verbinden. Dort wo die Leberzellen an der Peripherie des Acinus den intralobulären Zellstoff berühren, zeigt dieser — sonst faserig — einen hellen structurlosen Saum, die Leberzellen selbst zeigen durch eine leicht wellige, feine, einfache Linie eine äusserst scharfe, und selbst bei dicken Präparaten leicht wahrnehmbare Gränze gegen jenen Acinus. Es ist dies ganz ausnahmslos. Sehr oft sieht man im intralobulären Zellstoff die kleinsten Gallenwege mit faseriger Membran und leicht kenntlich an dem kleinzelligen Cylinder-Epithel an der genannten scharfen Gränze, aber ausserhalb des hellen Saumes entlang laufen, gleichsam die Leberzellen begleiten, um sich dann wieder in die Glissonische Capsel zu verlieren; während an die nächste Abtheilung des Leberzellennetzes wieder ein kleines Gallengefässchen herantritt oder auch nicht, oder vielleicht nur tiefer oder höher liegt, als der Schnitt geführt wurde. Jedenfalls stimmt mit diesen aus feinen Durchschnitten gewonnenen Resultaten vollständig die Annahme einer netzartigen Ausbreitung der kleinsten Gallenwege in der Capsula Glissonii und ihrer Fortsetzung.

Die Insertionsbalken der Leberröhrchen an die letztere sind, wo nicht Gefässe in derselben verlaufen, ganz ausnahmslos solid, eine Thatsache, von welcher man sich an

Querschnitten derselben sehr leicht überzeugen kann, und niemals sieht man etwa einen kleinen Gallenweg sich an einen solchen Balken begeben und sich darin fortsetzen oder auch nur daran enden.

Es gibt keine mit dem Mikroskope an nicht injicirten Praeparaten nachweisbare Verbindung der kleinsten Gallenwege mit dem Inneren der Leberröhrchen, welche die secretorischen Elemente enthalten, sondern die Galle muss nicht bloss, wie Kölliker meint, von Zelle zu Zelle vorwärts dringen, sondern schliesslich auch noch sowohl die Wand der Leberröhrchen als jene der kleinsten Gallenwege passiren, um in den gallenableitenden Apparat zu gelangen, so dass ein wohl drainirtes Stück Land das richtigste Bild von dem Verhalten der Gallenwege zu den Secretionsorganen gibt.

Injectionen der Leber lassen die Massen nicht selten aus den Gallenwegen hervorkommen, gleichviel, ob man in die Arterie, die Vene oder die Pfortader injicirt hat, so dass, wie Kölliker dies thut, aus Injectionspräparaten durchaus kein Beweis für die Präexistenz von Communicationen der Gallenwege mit den Leberröhrchen geführt werden kann, so wenig, wie aus dem Uebergang der Injectionsmassen aus der Nierenarterie in die Harnröhrchen geschlossen werden kann, dass zwischen beiden eine freie Verbindung besteht.

Da sich die Wandungen der Leberröhrchen auf Durchschnitten durchaus und ohne Ausnahme solid zeigen und eine Communication der Gallenwege mit dem Inneren Jener durchaus nirgends ersichtlich ist, so ist das oben erwähnte gegenseitige Verhalten beider eine Gewissheit, die, wie gesagt, auch durch pathologische Thatsachen gestützt wird.

Einmal das Verhalten der Leber im Icterus.

Schon im Normalzustande findet sich, dass die in der Peripherie des Acinus gelegenen Leberzellen etliche Pigmentkörperchen enthalten. Beim Icterus vermehrt sich die Menge des Gallenfarbstoffes auffallend, aber in denselben Zellen, während die, nach der Mitte des Acinus zu liegenden Zellen bei weitem weniger, und bei hochgradigem Icterus oft gar kein Pigment enthalten. Dies allein beweist schon, dass die Secretion von innen nach aussen geht, indem die Stoffe von Zelle zu Zelle nach aussen wandern, und sich in den äussersten, wenn nicht für genügende Abfuhr gesorgt, ist, niederschlagen. Nun entsteht der Icterus bei Hindernissen in der Excretion der Galle; wäre eine freie Communication der Lebergänge mit den die Zellen enthaltenden Röhrchen (Zellennetzen Beales und Köllikers) vorhanden, so müsste sich die Rückstauung der Galle in einer Erweiterung dieser Verbindungsstücke und schliesslich der Leberröhrchen ausprägen; dies kommt aber niemals vor: es mögen die Gallenwege noch so sehr erweitert sein, die kleinsten mögen deutliche Säckchen bilden, die Leberröhrchen behalten ihren Querdurchmesser, es vermehrt sich das Pigment in den peripherisch gelegenen Zellen, aber niemals tritt Erweiterung der Röhrchen ein.

Ich bewahre ein Stück Leber, in welchem wegen Obturation des Ductus choledochus durch Gallensteine zahllose säckchenförmige Erweiterungen bis in die kleinsten Gallenwege hinein ausgebildet sind. Die Säckchen enthalten ausser Schleim noch Gallenfarbstoff in Form feinen Sandes. Wie könnte in solchen Fällen die Gränze des Acinus die Gränze der Erweiterung bilden, wenn die von Beale und Kölliker vorgetragene Communication bestünde? Allein nichts davon ist da, ein ausgesprochener Icterus, aber keine Erweiterung der Gallenröhrchen weder in dem Längen- noch in dem Querschnitt. Selbst wenn ein Klappenapparat in jenen angeblichen engen Communications-Gängen vorhanden wäre, er könnte die Leberröhrchen bei Stauung der Galle in den Gängen nicht von Erweiterung schützen. Und wenn bei dem Druck der angesammelten Galle die faserigen Wandungen sich erweitern, müssten sich nicht die zarten fast structurlosen Leberröhrchen noch früher ausdehnen? Oder ist jemals Galle zwischen den Leberzellen und der Wand der Röhrchen sichtbar? So wenig, als jemals in den Fällen intensivster Gelbsucht eine Spur von Pigment in den Balken, d. i. in der Wand der Leberröhrchen gefunden wird, was doch manchmal so kommen müsste, wenn dieselben (nach Beale) hohl und dazu bestimmt wären, die Galle nach aussen zu führen.

Den schlagendsten Beweis aber für ein Nichtbestehen solcher Communicationen geben jene Fälle von Icterus, in denen kein, wie immer geartetes Hinderniss in den Gallenwegen besteht.

Die Galle wird in den nicht seltenen Fällen von Lebercirrhose ganz klar, farblos, von eiweissartigem Ansehen gefunden; dabei sehr intensiver Icterus, allgemein sowohl, wie in der Leber. Die peripherischen Leberzellen (im Acinus) sind dabei von viel Gallenfarbstoff erfüllt; aber der Zwischenraum zwischen diesen Zellen und den kleinsten Gallenwegen ist ein viel grösserer, indem die Glisson'sche Capsel hypertrophirt, und alles, was sich zwischen beiden genannten Gebilden von neuem Gewebe eingedrängt hat, in eine sehr dichte faserige Substanz übergeht, somit impermeabler wird. Hier sind die secretorischen und die excretorischen Apparate dieselben geblieben, zwischen beiden aber ist eine weniger permeable Wand, als die normale ist, eingetreten, welche die freie Stoffabfuhr nach aussen erschwert, da sie offenbar dicker ist, als die dünne Wand der Leberröhrchen und der kleinen im Acinus verzweigten Gefässe. In dem Masse also, als sich jene Wand einschiebt, wird das Product der Leberzellen allmählich leichter ins Blut als in die Gallenwege treten und damit den Icterus hervorbringen. Wenn jene freie Communication bestünde, warum sollte die Galle nicht durch die offenen im ganzen Verlaufe freien Wege abfliessen? warum würde sie lieber durch die Wand als durch die Thüre gehen?

(Werden fortgesetzt.)

Ein neues Tourniquet zur Compression der Gefässe am Halse, an den oberen und unteren Gliedmassen

von Dr. L. Melicher.

(Vorgetragen in der Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums den 18. Februar 1861.)

Das Tourniquet zur Hemmung des Blutes in den Gefässen ist ein sehr wichtiges und nothwendiges Instrument, nicht nur für den Militär-Arzt im Felde, sondern auch für den Arzt in Friedenszeiten. Beides hatte ich Gelegenheit zu erfahren. Besonders der Chirurg im Feldlazareth soll in seinem Bataillons-Instrumenten-Etui wenigstens 2 Tourniquets besitzen, eines, welches das ganze Glied zusammenschnürt, und welches vorzugsweise nur den Hauptgefäss-

stamm desselben comprimirt. Bei jeder Amputation sollen wenigstens 2 taugliche Tourniquets vorhanden sein, für den Fall, dass eines unbrauchbar wird, wie es in den preussischen und französischen Instrumentenkästen der Fall ist. Besonders der Chirurg im Feldlazareth ist sehr oft in die Lage versetzt, zu gleicher Zeit 3—4 und mehrere Tourniquets bei verschiedenen Kranken anzulegen und bei Mangel derselben zu verschiedenen Ersatzmitteln zu schreiten. Zu diesen Ersatzmitteln gehören die Anlegung der Doppelschlinge, oder des Band- oder des Knebeltourniquets, von welchen man in kurzer Zeit mehrere verfertigen kann, allein diese, sowie die neueren verbesserten Petit'schen Schraubentourniquets haben, abgesehen von der langweiligen Anlegung den Uebelstand, dass sie das Glied stark einschnüren müssen, bis die Pelotte die gehörige Compression des Gefässes ausübt, wodurch oft eine Quetschung der subcutanen Gebilde erfolgt, und anfangs ein bedeutender Schmerz, dann eine Gefühlslosigkeit des Gliedes an der Applicationsstelle eintritt, die mehr oder weniger lang andauert, das Leben des Gliedes beeinträchtiget, und darum nicht lange in ihrer Wirksamkeit bleiben darf. An mehreren Stellen des Körpers sind dergleichen Tourniquets gar nicht anwendbar, z. B. zur Compression der Gefässe am Halse.

Diese Uebelstände, meistens aber, dass die Tourniquets ihrem Zwecke nicht vollkommen entsprechen, mögen die Ursache sein, dass die Chirurgen auf neue Tourniquets dachten und so entstanden das Band-, Schnallen-, Knebel-, Feder-, Keil-, Schrauben-, Winden- und Wellen-Tourniquet in verschiedenen Modificationen, überhaupt Tourniquets, welche den Blutlauf in allen Gefässen eines ganzen Körpertheiles unterbrechen, und Tourniquets, welche den Blutlauf nur in einem Gefässe vorzüglich unterbrechen, welche überall gebraucht werden können, an den Arterien des Kopfes, des Halses und der Gliedmassen und Tourniquets, welche bloss für den Kopf und Rumpf, und welche bloss für die Gliedmassen brauchbar sind.

Der Chirurg im Felde und im Hospitale müsste daher viele Tourniquets besitzen, je nach den Körpertheilen und je nachdem bloss ein Gefäss oder mehrere Gefässe eines Theiles comprimirt werden sollen, er wird daher jene vorziehen, welche mehreren Zwecken vollkommen und sicher entsprechen, welche einfach, dauerhaft, nicht zu schwer, und leicht anzulegen sind.

Das neueste Tourniquet zur Digital-Compression macht Herr Dr. N e u d ö r f e r in der Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde Nr. 51, 1860. bekannt. Ohne den emsigen Bemühungen des Herrn Drs. N. für die Chirurgie nahe zu treten, erlaube ich mir zu bemerken, dass dieses Tourniquet nach Art der Bruchbänder verfertigt ist, dass, wie das Tourniquet in der Zeitschrift abgebildet ist, derartige Bruchbänder in America und England existiren, und in neuester Zeit über Hamburg nach Deutschland verführt wurden, nur mit dem Unterschiede, dass die Pelotte grösser, die die Pelotte bewegende Schraube kürzer und der Stützpolster kleiner ist. S t i l l h a n d's vorzüglich J. H. P a r e r e n's (in Havanna) Bruchband ist so beschaffen, dass die Pelotte nach allen Richtungen hinauf und herab, zugleich nach der Seite oder um ihre Längenachse bewegt werden kann. Allein so wie bei den Bruchbändern, so ist auch bei den Federn der Tourniquets ein Hauptübelstand die Federkraft, desshalb könnte man bei dem Tourniquet von N e u d ö r f e r entweder zwei Stahlfedern anwenden, die ineinandergeschoben und entfernt, verkleinert und vergrössert und mittelst Stellschrauben fixirt werden können, wodurch es bei verschiedenen Personen leicht anzupassen wäre, wie es der Fall ist bei den Bruchbändern von Dr. A r n o l t, oder man könnte zwei Stahlfedern zusammenlöthen, wie bei den Bruchbändern von S ä m a n n und D ö c l e, allein auch dann gewähren die Tourniquets nicht die gewünschte Sicherheit, sind bei etwas ungeschickter Manipulation gebrechlich, wie auch die Erfahrung lehrte, und wenn der Instrumentenmacher nicht fleissig die Feder bearbeitet, so verliert sie in kurzer Zeit ihre Elasticität, wie es meist bei den Bruchbändern der Fall ist, und man hat ein wenig brauchbares oder gar ein unbrauchbares Instrument im Etui. Hier erlaube ich mir noch die Bemerkung, dass die Federkräfte bei Maschinen und Instrumenten zur Hebung gewisser Zustände die unsichersten Kräfte für den Chirurgen sind, er hat sie nie vollständig in seiner Gewalt, und auf den Kranken wirken sie ungleichmässig. Anfangs zu stark, so dass er nicht aushalten kann, später zu schwach, so dass sie nicht brauchbar sind; desshalb ziehe ich, wenn ich mit mechanischen Kräften in der Chirurgie arbeiten muss, den Federkräften jene vor, die ganz in meiner Gewalt und Willkühr sind, die ich, je nach dem Zustande des Leidens willkürlich verstärken oder mässigen, kurz je nach dem Zwecke ändern kann.

Jedoch auch die Idee, die elastische Stahlfeder als Tourniquet zur Digital-Compression der Gefässe anzuwenden ist nicht neu. Schon H e i s t e r in seiner Chirurgie (1718 und 1752 Edit II.) hat ein elastisches Tourniquet und dann ein bruchbandähnliches Tourniquet zur Compression der Armschlagader erfunden, es ist dem N e u d ö r f e r'schen fast gleich nur mit dem Unterschiede, dass die Feder an dem freien Ende keinen Stützpolster hat, sondern getheilt ist, und an deren beiden Enden sich ein Gurt befindet, dessen Ende an der Platte der Schraube befestigt wird, damit das angelegte Tourniquet sich nicht verschiebe. Das bruchbandähnliche Tourniquet von K r o m b h o l z zur Compression der Schenkelschlagader (in seinen Abhandlungen aus dem Gebiete der gesammten Akologie) ist nur mit einem Riemen versehen, welcher am Ende zwei schmale Riemchen trägt, die in Häkchen an der eiförmigen Stahlplatte befestigt werden. Eben so ist L a F a y e s Tourniquet zur Comprimirung der Schenkelschlagader im Schenkelbuge; der Riemen umschliesst das Becken nach Art eines Bruchbandes. B l o c k e t t's Tourniquet zur Comprimirung der Carotis ist gleich dem N e u d ö r f e r'schen, nur ist das freie Ende der Stahlfeder unbeweglich. Alle diese einfachen und complicirten Federtourniquets (von K l e i n, B r o m f i e l d, L ö f f l e r, C h a b e r t u. A. m.) für den Hals und die Gliedmassen haben die Stahlfeder zum Princip; diese Tourniquets wurden vorzüglich von den französischen Chirurgen cultivirt und damit die Feder festgehalten wird, wurde das Tourniquet mit einem Riemen versehen. Dass eine so zugerichtete Feder den Anforderungen, die man an ein Tourniquet macht, durchaus nicht entsprechen kann, ist klar, indem sie nicht auf eine bestimmte Stelle drückt, sondern die ganze Gliedmasse mit gleicher Kraft umfasst, und sogar durch die verschiedenen Erhabenheiten, welche sich an diesen befinden, z. B. am Becken, von der Stelle, wo sie eigentlich drücken soll, noch abgehalten wird. Aber selbst da, wo man auf eine Arterie eine Pelotte legte, und auf diese die Schraube wirken liesse, würde die Compression nicht zuverlässig sein, besonders an einer Gliedmasse, weil zur sicheren und dauernden Zu-

sammendrückung einer Schlagader, besonders einer solchen, welche zwischen Muskelpartien verlauft, eine weit grössere Kraft erfordert wird, als eine solche Feder auszuüben im Stande ist. Dieser Uebelstand liesse sich einigermassen durch das Compressorium von Moore heben, welches zur Compression der Nerven dient, jedoch auch zur Compression der Schlagader brauchbar ist.

Durch die Kenntniss der Uebelstände der Federtourniquets kam ich im Jahre 1851 auf die Idee meines Tourniquets. In diesem Jahre kam eine Frau mit ihrem 12jährigen Mädchen, Katharina G . . . zu mir, welches eine pulsirende Geschwulst am Halse hatte, nachdem sie früher auf einer chirurgischen Klinik war, und zur Hebung derselben die Unterbindung oder Galvanopunctur vorgeschlagen wurde. Bei genauer Untersuchung zeigte sich das Leiden als eine Struma aneurysmatica. Die Arteria thyreoidea superior dextra wer nahe an ihrer Eintrittsstelle bohnengross erweitert, die Schilddrüse angeschwollen mit Blut überfüllt, die Gefässe derselben abnorm erweitert. Die Geschwulst der rechten Schilddrüse war Kindsfaust gross, warm, prall und gespannt anzufühlen. Die Arterien innerhalb der Geschwulst pulsirten heftig, welche Pulsation theils sichtbar, theils auch dem Gefühle der untersuchenden Hand sich darboth, in der linken Schilddrüse war diese Pulsation weniger deutlich sichtbar. Mittelst des Stethoskops vernimmt man ein blasendes Geräusch. Beim Fingerdrucke hinter dem Musculus sterno-cleido-mastoideus, entsprechend dem Ursprunge der Arteria thyreoidea superior hört die Pulsation auf und die Geschwulst nimmt an Volumen ab. Das Mädchen litt öfters an Nasenbluten, klagte zeitweilig über Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, über erschwertes Athmen und Schlingen, war blass und zart gebaut. Da ich mit der Diagnose im Reinen war, so handelte es sich, wie das Leiden zu heben; mit der Unterbindung oder Galvanopunctur der Arterie durfte ich nicht nach dem Vorschlage anderer Chirurgen herausrücken, ich fasste die Idee, durch Compression die Heilung desselben zu bewerkstelligen, jedoch war mir gar kein Instrument bekannt, und stundenlange den Fingerdruck auszuüben, ist schwierig für den Patienten und Chirurgen auszuhalten. Ohne dass mir früher das Krombholz'sche Tourniquet bekannt war, erfand ich ein Feder-Tourniquet, ähnlich dem Neudörfer'schen, nur mit dem Unterschiede, dass seine Stützplatte, an eine Holzplatte befestigt, in einen ledernen Gurt eingemacht war, welcher an den oberen Theil der Brust angeschnallt wurde, während die Feder, etwas gekröpft in einem Halbringe, am anderen Ende die Schraube mit der kleinen Pelotte enthielt und am inneren Rande das M. sterno-cleido-mastoideus. zwei Zoll oberhalb des Brustblattes, nach unten und innen auf das Gefäss gestellt wurde. Die Unsicherheit der Federkraft, die leichte Beweglichkeit derselben bei jedem Athemzuge, der Druck der grossen Pelotte, welche, trotz dem sie auf dem Gefässe lag, in schiefer Richtung wirkte, vereitelte mein Bemühen, so dass ich statt diesem Tourniquet das gleich zu beschreibende construirte.

Vor Allem handelte es sich, so viel als möglich, bloss die Arteria thyreoidea superior dextra zu comprimiren, und die Circulation in der Carotis communis nicht zu hemmen, und die Nerven am Halse, besonders den Nervus laryngeus zu schonen. Zu diesem Zwecke passen nicht die gewöhnlichen Pelotten; ich liess daher bohnen-, haselnuss-, und wallnussgrosse Pelotten, oder Pelotten von der Grösse der Fingerspitze des Zeigefingers und von der Grösse der inneren Fläche des zweiten Gliedes des Daumens eines Mannes anfertigen. Solche Pelotten passen zur Digital-Compression, sie entsprechen der Grösse der zu comprimirenden Arterie und schonen die übrigen Weichtheile. Da das angegebene Tourniquet zur Compression der Gefässe am Halse nicht entsprach, so war ich gezwungen, ein neues allen Anforderungen entsprechendes Tourniquet zu ersinnen, welches auch zur Compression der Arterien an den Gliedmassen dienen sollte. Mein erstes Tourniquet verfertigte Instrumentenmacher Reiner in Wien im J. 1851.

Mein Tourniquet ist ganz von Eisen und besteht aus einem Ringe, einer Schraube und einer eisernen beweglichen Pelotte.

Der Ring besteht aus zwei, mittelst eines Charniers mit einander verbundenen Ringhälften, welche an ihren freien Enden ein mit Schraubengängen versehenes Oehr haben, wodurch sie mit einem eisernen Schieber aneinandergehallen, oder von einander entfernt, mittelst einer durch das Oehr gehenden Schraube zusammengehalten werden, je nachdem man den Umfang des Ringes grösser oder kleiner haben will.

Der eiserne Ring, geschlossen, hat einen Durchmesser von 5 Zoll, kann mit der durch das Oehr gehenden Erweiterungsschraube bis auf 6 Zoll erweitert werden, die Ringhälften sind in ihren Flächen glatt, an dem Charniertheile $1^1/_2$ Zoll, an den freien Enden 4 Linien breit, welche in das Oehr endigen. Der Ring darf sich nicht biegen, ist am Charniertheile $^3/_4$ Linien und an dem schmalen freien Theile $1^1/_2$ Linie dick. In diesen beiden vorderen schmäleren Hälften sind 4 Oeffnungen mit Muttergängen versehen, die Oeffnungen stehen 1 bis $1^1/_2$ Zoll weit von einander, in diese passt die 2 Linien (oder Bleistift) dicke Druckschraube, welche 2—4 Zoll lang, an ihrem freien Ende vierkantig und mit einem Schlüssel versehen ist, an dem anderen Ende ist ein Zapfen, in welchem die eiserne Pelotte mittelst eines Nietes frei beweglich befestigt ist, der Zapfen muss willig gehen, damit die Pelotte keine fehlerhafte Stellung bekommt.

Da die zu comprimirenden Gefässe am Halse und an den Gliedmassen von verschiedenem Caliber sind, so habe ich mehrere Arten von Pelotten, wie sie oben angegeben wurden, anfertigen lassen. Da zugleich die Gefässe tiefer und oberflächlicher liegen, haben auch die Druckschrauben eine Länge von 2 bis 4 Zoll, und sind daher, um die Pelotten nach Bedarf anzulegen, abnehmbar. Für kleine Gefässe genügt eine haselnussgrosse, für grosse eine daumengrosse Pelotte. Man schraubt daher die dem Gefässe entsprechende Pelotte in den Ring ein, legt den Ring um den Körpertheil an, schliesst ihn und stellt die Pelotte auf das Gefäss und dreht mit dem Schlüssel die Druckschraube, welche sich allein bewegt, bis zur entsprechenden Compression des Gefässes.

Die Pelotten sind oval, an den Kanten abgerundet, von Eisen, indem sie als gute Wärmeableiter kühlend auf die Compressionsstelle wirken, die kleinen Pelotten dringen weit tiefer in die Weichgebilde ein, und comprimiren sicherer die Gefässe, als die grossen bei den jetzigen Tourniquets vorhandenen Pelotten, welche in den Weichtheilen ein Hinderniss zur Compression der Arterie haben. Will man die Pelotte weicher und grösser haben, so umwickelt man sie mit einem einfachen oder doppelten Leinwandfleck. — Der Ring kann ebenfalls mit grober Leinwand oder Heft-

pflasterstreifen umkleidet werden, es ist diess besser als mit Leder, theils wegen der Billigkeit. theils weil das Leder Falten macht, wodurch es die Weichtheile drückt, theils weil man die Leinwand entfernen kann, wenn sie beschmutzt wird. Die Umkleidung dient nur dazu, um den Eindruck, welchen der Ring etwa auf den Kranken macht, zu beseitigen, sonst ist sie nicht nothwendig. Damit nicht etwa der Ring zu stark auf die Weichtheile drücke, so wird zwischen diesen und dem breiten Theil des Ringes eine Compresse unterlegt.

Dieses Tourniquet wurde in dem angeführten Falle mit gutem Erfolge angewendet, schon nach einer Viertel, Stunde hörte die Pulsation auf, die Arterie obliterirte, die bohnenförmige Geschwulst der Arterie nahm an Volumen ab, wurde härter, nach und nach nahm die Geschwulst an Grösse ab und alle secundären Erscheinungen verschwanden. Nach zwei Jahren hatte ich Gelegenheit, das Mädchen zu sehen, sie hatte ein blühendes Aussehen und von einer Recidive war keine Spur vorhanden.

Dieses Tourniquet lässt sich zur alleinigen Compression der Gefässe am Halse und an den Gliedmassen, selbst bei erwachsenen jedoch mageren Personen, deren Gliedmassen das Tourniquet umschliessen kann, anwenden. Für Personen, deren Körpertheil einen grösseren Durchmesser beträgt als 5 Zoll, habe ich ein Tourniquet von Herrn Reiner anfertigen lassen, welches auch für Körpertheile (z. B. den stärksten Oberschenkel eines Soldaten) passt, welche einen grösseren als den angeführten Durchmesser haben. Dieses Tourniquet ist ebenfalls ringförmig, der Ring besteht jedoch aus 3 Theilen, aus dem Mittelstücke, welches $6^1/_4$ Zoll lang, $1^1/_2$ Linie dick, und in seiner Mitte 4 Linien breit ist, an seinen Enden wird es 14 Linien breit und ist mittelst Charniere mit den Seitentheilen verbunden. Die Seitentheile sind $8^1/_2$ Zoll lang, 14 Linien breit und $^1/_2$ Linie stark. An der einen Seite des einen Flügels, an dessen Ende befindet sich ein Metallknopf, an dem anderen Seitentheile sind 5 schussschartenförmige Oeffnungen angebracht, die $1^1/_2$ Zoll von einander entfernt sind, wodurch man einen Seitentheil über den anderen schieben und den Ring durch den Knopf schliessen kann. Der ganz geschlossene Ring hat einen Durchmesser von 5 Zoll, in der letzten Oeffnung geschlossen hat er einen Durchmesser von 7 Zoll und eine Periferie von $23^1/_4$ Zoll, so dass er den stärksten Oberschenkel umfassen kann. In dem Mittelstück befinden sich 4, einen Zoll weit von einander entfernte Oeffnungen, mit Schraubengängen versehen, in welche die 4 Zoll langen Druckschrauben passen, an welchen die Pelotten so wie bei dem ersten Tourniquet angebracht sind. Es sind hier desshalb mehrere Schraubengänge im Tourniquet angebracht, um nöthigenfalls 2 Pelotten z. B. zu der Compression der A. radialis und ulnaris ober dem Handwurzelgelenke anzulegen. Je nach dem Umfang des Gliedes hat man ein grosses und ein kleines Tourniquet, mittelst welchen man eine Digital-Compression des Gefässes sicher bewerkstelligen kann. Dieses Tourniquet ist für einen dicken Hals eben so gut anwendbar, wie für einen starken Arm oder Oberschenkel. Nur in der Leistengegend lässt sich die Cruralis am Schambein mit diesem Tourniquet nicht comprimiren, hier ist das Krombholz'sche Tourniquet zweckmässig, indem mit diesem der Verwundete angelegt, transportirt werden kann, ohne zu befürchten, dass das Tourniquet sich verschiebt, oder ist der Kranke in einem Spital und hat man zuverlässige Assistenz, so kann man die

Cruralis mit dem Daumen oder mit dem Ehrlich'schen Tourniquet oder mit dem Griff eines Schlüssels, welcher mit einer Compresse umwickelt ist, comprimiren.

Der eiserne Ring ist nicht zu verwerfen, er lässt sich überall brauchen, und wenn es nothwendig ist, kann man den Ring schnell beliebig biegen und ausdehnen lassen, je nachdem man ihn benöthigt, und man hat ein, den jedesmaligen Zwecken entsprechendes Tourniquet. (Schluss folgt.)

Feuilleton.

Zu den Wahlbewegungen in Wien.

In diesen Tagen gehen die stürmischen Wahlagitationen zur Ruhe, welche in sehr verschiedener Art von den Vertretern dieser oder jener Parthei für die gewünschten Candidaten zum Eintritt in den Gemeinderath betrieben wurden. Die Tagesblätter nahmen gleichfalls entschiedenen Antheil, um die Aufmerksamkeit der wankenden Wähler auf einzelne Persönlichkeiten zu lenken, und es ist nicht zu läugnen, dass die Presse auch für dieses erste Aufflackern eines selbstständigen politischen Bewusstseins der Bevölkerung unserer Residenz entschieden günstig gewirkt habe, indem ein grosser Theil der plan- und rathlos irrenden Wähler in ein richtiges Fahrwasser geführt wurde. Wir beschränken uns, die Ergebnisse der Wahlen in Beziehung auf unsere Corporation mitzutheilen; gewählt wurden bisher aus der Reihe der Mitglieder des Doctoren-Collegiums die Herren Doctoren: Glickh, Helm, Lorinser, Natterer, Patruban und Stupper, von Seite der Wundärzte Hr. Dollmayer, derzeit Gremialvorstand. Den bei den engeren Wahlen sehr oft vorwaltenden Zufälligkeiten erlagen die Herren Doctoren Wittelshöfer*), Kraus und Innhauser. Wir können nicht umhin, unser aufrichtiges Bedauern auszusprechen, dass die in den neuen Gemeinderath eintretenden Collegen nicht durch diese tüchtigen Kräfte bereits verstärkt sind; namentlich würden Dr. Innhauser, dessen erfolgreiche Thätigkeit als Bezirksarzt, und dessen vorzügliche Leistungen auf dem Felde der Sanitätspolizei weitaus rühmlichst bekannt sind, und Dr. Wittelshöfer, welcher in seinem vielgelesenen Blatte in jener Zeit, wo es gefährlich war, Uebelstände im Regime gewisser Machthaber ohne Scheu darzustellen, stets für die Wahrheit einstand und durch energisches Andringen die Besserung gar mancher Verhältnisse einleitete, sehr tüchtige Vertreter sein. Wir denken, es hätte den in der innern Stadt domicilirenden Aerzten, deren Zahl keine unbedeutende ist, gelingen müssen, Herrn Dr. Wittelshöfer, welcher von vorne her von der Fortschrittspartei in jeder Beziehung getragen und in den Probe- und Vorwahlen mit dem entschiedensten Vertrauen genannt wurde, schon im II. Wahlkörper durchzusetzen; freilich hätte hiezu ein Gemeinsinn und ein Fernhalten aller Nebenrücksichtigen Platz greifen müssen. Und thut es in unserer schwer bewegten Zeit nicht Noth, sich fest aneinander zu schaaren und zur Wahrung der eigenen Standesinteressen einen dichtgeschlossenen Phalanx zu bilden! Wollen wir hoffen, dass diese Wochen eben nur Lehrwochen für künftige ähnliche Bestrebungen

*) Für Dr. Wittelshöfer ist übrigens in der II. Wahlkammer des ersten Bezirkes noch Aussicht vorhanden, da die liberale Parthei sehr kräftig für ihn auftritt. Das Resultat dieser am 7. und 8. März vorzunehmenden Wahl können wir erst in der nächsten Woche mittheilen. Die Redaction.

waren! Nun wir aber daran sind, den Landtag zu beschicken, die Wahl der Deputirten für den Landtag aber schon in kürzester Zeit beendet sein soll, erheischt es unsere Pflicht, unsere Corporation zu ermahnen, für diesen wichtigen politischen Act, den ersten, in welchem Oesterreichs Bürger ihre Mündigkeit auszuweisen haben werden, vorzusorgen; es wäre daher sehr zweckmässig, wenn sich Jemand aus unserer Mitte an die Spitze stellen, eine Versammlung sämmtlicher Collegen veranstalten würde, in welcher über den Modus zu berathen wäre, wie einzuwirken sei, dass man taugliche Candidaten kennen lerne und wie man selbe zu unterstützen habe. Schon der Umstand, dass unser hochgeehrter College Oppolzer als derzeitiger Rector nach dem Statute im Kreise der Abgeordneten Sitz und Stimme haben wird, sollte die Collegen bestimmen, sich an dieser Wahl kräftig zu betheiligen, um einen Abgeordneten aus ihrer Mitte oder wenigstens einen dem ärztlichen Stande näher befreundeten Deputirten möglich zu machen. Man sollte denken, dass eine Zahl von mehr als 500 Aerzten, und so hoch steht in diesem Augenblicke das Contingent der Wiener Aerzte — einigen Einfluss auf die Bevölkerung haben sollte. Wir ersuchen die Herren Redacteure der Wiener medicinischen Journale, einen Aufruf in ähnlicher Weise ergehen zu lassen, diess um so mehr, als der Landtag für diesmal nur als Uebergangsstufe zum Reichsrath dient und wir eigentlich doch nur die Deputirten für die Reichsvertretung wählen.

Facultätsangelegenheiten.

In der Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums am 4. d. M. führte Dr. Hermann jene Kranke vor, welche am 22. December ebenfalls in der Sitzung vorgestellt worden war, um zu zeigen, dass die verhältnissmässig kurze Zeit von 70 Tagen hinreichte, um die gründliche Heilung einer hochgradigen Hydrargyrose (im Sinne Dr. Hermann's) durch Jodtherapie und Bäder zu bewerkstelligen.

Diese Kranke both nemlich das vollendete Bild der von den Gegnern Hermann's als constitutionelle Syphilis bezeichneten Krankheit dar; serpiginöse Hautgeschwüre in bedeutender Ausdehnung, ulceröse Zerstörung des weichen Gaumens, Infiltration der Lymphdrüsen u. s. w. kennzeichneten diese Form; die Haut-Geschwüre erscheinen nun vollends geheilt, gleichförmig überhäutet, wenn gleich stark pigmentirt, die Geschwüre am weichen Gaumen vollkommen vernarbt, die Functionen des Gaumensegels intact.

Eine zweite Kranke, welche ebenfalls als secundär syphilitisch vor einigen Wochen in das Wiedner-Krankenhaus trat, und in welcher eine Perforation des Gaumens vorhanden gewesen, wurde gleichfalls demonstrirt; die perforirte Stelle am Gaumen erschien verschlossen und normal überhäutet.

Eine dritte mit Corryza syphil. und Geschwüren am Gaumen behaftete, erst einige Tage auf der Abtheilung Dr. Hermann's aufgenommen, stellt sich vor, damit nach ihrer in Aussicht stehenden Genesung ein Vergleich ihres Aussehens von jetzt und post medelam gemacht werden könne. Dr. Hermann knüpfte an die drei im Detail vorgelesenen Krankengeschichten einige Corollarien, welche sich insbesonders darauf beziehen, ‚dass eine sichere Diagnose von secundärer Syphilis ohne Bedachtnahme auf die Anamnese nicht möglich ist, und dass von sehr gewiegten Praktikern die divergirendsten Ansichten über die Existenz von Syphilis in concretem Falle vertheidiget werden; Täuschungen der verschiedensten Art kommen in diesem Anbetracht vor; Dr. Hermann erinnert an Ricord's Harnröhrenschanker, welcher so oft als Sündenbock gelten muss, an die Behauptung, es sei eine Uebertragung der Syphilis durch Narben möglich u. s. w.

Herr Prof. Hebra entwickelte nun die aus seiner reichhaltigen Erfahrungen entnommenen Gründe, welche beweisen sollen, dass die, selbst durch längere Zeit andauernde Einwirkung von Quecksilber durchaus nicht immer zu einer Erkrankung führen, welche Hermann als Hydrargyrose bezeichnete. So kenne er eine Familie in Wien, deren Erwerb dahin geht, aus den Abfällen der Goldarbeiter das Gold durch Amalgamiren mit Quecksilber zu gewinnen; der Mann in dieser Familie lasse täglich bei zwei Pfund Quecksilber durch seine Hände laufen; er habe in dem Zeitraume von 15 Jahren gewiss mit 1500 Centnern Quecksilber manipulirt, und weder er, noch seine mit ihm arbeitenden Zimmergefährten zeigen irgend welche Spur von Mercurialkrankheit, eine leichte Anschwellung des Zahnfleisches ausgenommen. Prof. Hebra bemerkte ferner, er sei zu einer Zeit in den Spitalsdienst getreten, wo die Jodcuren gerade sehr in der Mode waren; er habe Gelegenheit gehabt, die Erfolge dieser Heilart der Syphilis, so wie aller anderer Methoden aus eigener Anschauung kennen zu lernen, er habe Recidiven nach der einen und der anderen Therapie kommen gesehen, und er habe mit Sorgfalt die Einwirkung der Mercurialpräparate bei Syphilitischen studirt. Als ein Beweismittel, dass die Schmircur durchaus nicht immer die Hydrargyrose als Folgekrankheit bedinge, citirt er seine Versuche, den Prurigo durch Quecksilbereinreibungen zu heilen. Vier pruriginöse Individuen wurden durch 100 Tage mit 100 Drachmen grauer Salbe (1 Drachme für den Tag) eingerieben; nur einer dieser Kranken bekam Salivation; die übrigen drei wurden allerdings vom Prurigo nicht geheilt; sie erlitten aber auch durchaus keinen nachhaltenden Schaden in ihrem Allgemeinbefinden.

Nicht selten werden secundär Syphilitische auf der Abtheilung für Hautkranke aufgenommen, welche ihre Syphilis ohne ärztliche Hülfe in den Wirthshäusern durchmachen, daher kein Atom Quecksilber in ihren Körper brachten, oder von Afterärzten, Dürrkräutlern u. s. f. mit Abführmitteln, — (die Senna spielt hiebei eine namhafte Rolle) — behandelt wurden und doch mit deutlichen Zeichen der constitutionellen Syphilis erkrankten. Wie lässt sich für diese Kranke die Annahme der Hydrargyrose rachtfertigen? Prof. Hebra hebt ferner hervor, dass die Syphilis, wie so viele andere Krankheiten von selbst erlöschen könne; sie erschöpft sich in ihren Nachschüben und dieser Umstand sei es, welcher die scheinbar so günstigen Erfolge der Syphilisation erkläre; die eigenen von H. mit Sorgfalt vorgenommenen Versuche — ein Fall mit 600 Impfungen an der Spitze — lehren, dass die Syphilisation wirklich nur eine Art von ärztlichen Zeitvertreib darstelle; in dieser Beziehung habe sich auch der sonst hoch zu achtende Prof. Bug getäuscht. Diese Involution der Erkrankung zeige sich ja evident in den endemischen Syphilisformen, welche als Skerlievo, Rhadesyge, Morbus Dithmarsicus, Falcadine u. s. w. bekannt sind. Wenn der ordinirende Arzt in Porto-Re dem Aerar eine Auslage von 20.000 fl. per Jahr machte, da er die in dem dortigen Krankenhause besorgten Kranke mit dem kostspieligen Decoctum Zittnanni behandeln zu müssen glaubt, so kann nur das Bedauern ausgesprochen werden, dass selbst geschulte Praktiker sich täuschen lassen. Es ist auch nicht einzusehen, warum die Hydrargyrose gerade nur auf syphilitischem Boden keimen soll. Viel wichtiger, als die Discussion über die Namen: constitutionelle Syphilis und Hydrargyrose wäre die Bemühung, eine sichere Heilung dieser Krankheitsformen durchzuführen, in welchem redlichen Streben sich die Aerzte eher die Hand bieten sollen, als in unheilvollem Zwist ihre Erfahrungen zu zerstreuen. Nach dem dermaligen klinischen Stande kommen Recidiven nach Jodcuren, wie nach Mercurcuren zum Vorschein; das Wiednerspital muss secundär Kranke, welche aus dem allgem. Krankenhause als schein-

bar geheilt entlassen wurden, aufnehmen und umgekehrt. Professor Hebra erklärte sich am Schlusse seiner Entgegnung dahin, dass es schlecht um die Diagnostik stünde, wenn der Arzt mehr aus der Anamnese, als aus dem objectiven Befunde seine Ansicht entwickeln müsste, in solchem Falle würde der Kranke, nicht aber der Arzt die Diagnose schaffen; die Erkenntniss der Bleikolik fällt ja ebenfalls nicht schwer, und selbst der weniger praktisch gebildete Arzt erkennt diese Krankheit aus ihren Symptomen, ohne sich darum zu kümmern, ob der Chemiker im concreten Falle Blei nachzuweisen im Stande ist. In Dr. Overbeeks classischem Werke: Mercur und Syphilis seien übrigens im Wege des Versuches die trefflichsten Wahrheiten niedergelegt.

Dr. Hermann bemerkt gegen diese Angriffe, dass er durchaus nicht behaupte, dass die Hydrargyrose bei jedem Menschen vorkommen müsse, welcher mit Mercurialien behandelt wurde, er habe in den drei Jahren seiner Wirksamkeit im Spitale Wieden nahe an 2000 Kranke zu sehen Gelegenheit gehabt; die auffällig günstigen Erfolge der auf seiner Abtheilung eingeführten Therapie mit Jod und Schwitzbädern mögen wohl die steigende Frequenz dieser Abtheilung erklären; die Krankenzahl habe sich in den drei Jahren von 20 auf 160 gehoben; während nach Prof. Sigmunds Berichten nach der mercuriellen Behandlung 30—33 Procent Recidiven vorkamen, könne Dr. Hermann nur über Einzelfälle von Recidiven berichten; eine genaue Musterung der polizeilich eingeschickten Syphilitischen beweise das Gesagte durch die Ziffern; Professor Bärensprung in Berlin äusserte sich in ähnlicher Weise über seine Abtheilung. Dr. Hermann entwickelte seine Polemik noch ausführlicher, wie in dem in einer der nächsten Nummern zu veröffentlichenden Aufsatze einzusehen sein wird.

Dr. Lederer bemerkt, seine Erfahrungen beziehen sich bloss auf die constitutionelle Syphilis der Kinder; diese aber, weit entfernt, ein Hirngespinnst zu sein, zeichne sich durch markirte Erscheinungen derart aus, dass der erfahrenere Arzt sie ohne Anamnese von der Ferne erkenne. Wie könnte man beispielsweise den Symptomencomplex von Pemphygus mit Roseola, Rhagades der Lippen, kleine Hautgeschwüre und Corryza nennen, den er kürzlich mit kleinen Gaben Mercur rasch heilte? doch nicht Hydrargyrose bei einem 10 Tage alten Kinde, das ausser der Muttermilch nichts, am wenigsten Mercur genommen hatte? — doch nicht Scrofulose, die in diesem Alter noch nicht vorkommt und derzeit nicht mit Mercur behandelt wird? — eben so wenig eine Dermatose, die ohne locale Behandlung auf kleine Gaben Quecksilber schwinden müsste.

Dr. Nadler fügt an, dass er zur Zeit der Jodtherapie im allgem. Krankenhause gedient habe, und dort Recidiven häufig genug gesehen habe; ähnliches berichtet auch Dr. Melicher.

Dr. Rabl, Badearzt in Hall, legte eine neue von A. Kauer durchgeführte Analyse des Haller Jodwassers vor, welche lehrt, dass das Jod und Brom in dieser Quelle in der Form von Brom und Jod-Magnesia vorkomme, und zwar in solchem Verhältnisse, dass auf eine halbe Mass etwa 0.56 Brom- und 0.54 Grane Jod-Magnesia kommen; eben diese chemische Verbindung sei es, welche das schnelle Freiwerden des Broms und Jods im Organismus erkläre, so dass das Haller-Wasser in dieser Beziehung weit die Wirkungen des Jodkali übertreffe. Nach seinen Erfahrungen müsse er aufmerksam machen, dass die Einverleibung des Jods und Broms höchst wahrscheinlich durch die Luftwege geschehe, wofür auch die Erfahrung spricht, dass selbst die in der Nähe der Badenden sich aufhaltenden Personen mehr weniger Erscheinungen in den Brustorganen darbieten, welche eben nur so zu erklären sind. Mit grosser Gründlichkeit entwickelte der Vortragende die Formen der scrofulösen Düseninfarcte, und Ulcerationen, die Nekrose und

Caries scrofulöser Kinder u. s. w. Eine sehr interessante Krankengeschichte, welche sich auf die Heilung einer Elephantiasis bezieht, und die Mittheilung des Missbrauches der Cur, welche bei einem unvorsichtigen Kranken bedenkliche Symptome, und Alopecie erzeugt, beschloss den in jeder Beziehung anziehenden Vortrag, welcher später in extenso mitgetheilt werden wird. Als einen Beweis, in welchem Grade die Haller Heilquelle an Frequenz steigt, führt Dr. R. den Umstand an, dass in 5 Jahren die Zahl der Gäste von 600 auf 1500, die Zahl der abgegebenen Bäder von 12000 auf 30000 gestiegen ist.

Das Scrutinium der Wahl von fünf den leitenden Ausschuss verstärken sollenden Mitgliedern ergab die Namen: Dr. Zeissl, Dr. Scholz, Dr. Schuller, Dr. Semeleder und Dr. Pernhoffer, durchaus tüchtige, dem wissenschaftlichen Fortschritte mit Begeisterung ergebene junge Kräfte, auf welchen die besten Hoffnungen ruhen.

In das Doctoren-Collegium wurden am 5. März 1861 aufgenommen: Die Herren: Dr. Ignaz Baslinger aus Wien und Heinrich Dostal aus Kremsier.

Der Ausweis des Personal- und Vermögens-Standes des Unterstützungs-Institutes des Collegiums ist so eben im Drucke erschienen. Die Anzahl der Gründer und Mitglieder beträgt 117. Der Stand des Institutionsfondes mit Schluss des Jahres 1858 weist für den Stammfond 23.217 fl. für den Reservefond 1726 fl. aus.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgemeinen Krankenhause wurden vom 26. Februar bis 4. März inclusive 463 Kranke, um 18 weniger als in der Vorwoche, aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2092 und 2164, und war am 4. d. M.: 2092 (1168 Männer, 924 Weiber). — Lungentuberculose, katarrhalische Erkrankungen insbesonders der Athmungs- und Verdauungs-Organe, und Rheumatismen, waren vorwaltend.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt:

RA. Dr. Eduard Schauenstein, vom 4. Jäg.-Bat. zum 49. Inf.-Rgt.
» Dr. Konstantin Heumann, vom 9. Jäg.-Bat. zum 75. Inf.-Rgt.
» Dr. Moriz Wagner, vom Tiroler Jäg.-Rgt. zum 52. Inf.-Rgt.
» Dr. Karl Esch, vom 43. Inf.-Rgt. zur 4. Sanit.-Komp.
» Dr. Wolfgang Derblich, von dieser zu jenem.
OA. Dr. Friedrich Deisch, vom 76. Inf.-Rgt. zum 4. Jäg.-Bat.
» Dr. Thomas Bernat, vom 39. Inf.- zum Tiroler Jäg.-Rgt.
» Dr. Anton Toscano, vom 49. Inf.-Rgt. zum 9. Jäg.-Bat.
» Dr. Leo Paclawski, vom 12. Inf.-Rgt. zum 19. Jäg.-Bat.
» Dr. Josef Schanda, vom OEH. in Kamenitz zum 30. Jäg.-Bat.
» Dr. Johann Jungbauer, vom Titler Gränz-Bat. zum OEH. in Kamenitz.
» Dr. Josef Sawel, vom 70. Inf.-Rgt. zum OEH. in Strass.
» Dr. Josef Rumbold, von letzterem zum 70. Inf.-Rgt.

Gestorben:

RA. Dr. Emanuel Reichelt, vom 19. Feld-Jäg.-Bat.
UA. Mathias Bierl, vom 9. Inf.-Rgt.
» Franz Picker, vom 1. Gränz-Rgt.

Pensionirt:

OA. Dr. Friedrich Keresztessi, vom 80. Inf.-Rgt.
OWA. Johann Weeber, vom 13. Inf.-Rgt.
» Carl Blumlacher, vom 6. Gränz-Rgt.
UA. Salamon Hahn, vom 18. Feld-Jäg.-Bat.
» Simon Adler, vom 8. Cürassier-Rgt.
» Isak Grünfeld, vom 30. Inf.-Rgt.

Errata.

In Nr. 7, Zeile 12 v. u. soll statt: »verbesserte«, verlarvte Plica pol. stehen.

Druck von Anton Schweiger in Wien.